*Załącznik nr 7 do SWZ*

*ZP/09/2024*

**Wykonawca: Zamawiający:**

…………………………………………… 116 Szpital Wojskowy z Przychodnią SPZOZ,

…………………………………………… 45-759 Opole, ul. Wróblewskiego 46

……………………………………………

*(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)*

reprezentowany przez:

……………………………………………

*(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)*

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O AKTUALNOŚCI INFORMACJI

zawartych w oświadczeniu, o którym mowa w art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r.

Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp)

Oświadczam, że podane przeze mnie informacje zawarte w oświadczeniu, o którym mowa   
w art. 125 ust. 1 ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo zamówień publicznych (dalej jako: ustawa Pzp) w zakresie podstaw wykluczenia z postępowania wskazanych przez Zamawiającego, w postępowaniu o udzielenie zamówienia publicznego, prowadzonym w trybie podstawowym bez negocjacji, pn. *Realizacja programu pilotażowego w zakresie edukacji żywieniowej oraz poprawy jakości żywienia w szpitalach - „Dobry posiłek w szpitalu”,*  nr postępowania: ZP/09/2024, o których mowa w:

1. art. 108 ust. 1 pkt 3 ustawy Pzp
2. art. 108 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp
3. art. 108 ust. 1 pkt 5 ustawy Pzp
4. art. 108 ust. 1 pkt 6 ustawy Pzp
5. art. 109 ust. 1 pkt 4 ustawy Pzp
6. art. 7 ust. 1 ustawy o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2022 r., poz. 835)

są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

…………..…, dnia ………….…… …............................................

podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentacji Wykonawcy lub pełnomocnika1

***UWAGA!***

*Do złożenia oświadczenia zostanie wezwany Wykonawca, którego oferta zostanie najwyżej oceniona - oświadczenie niniejsze, Wykonawca składa* ***wyłącznie na wezwanie*** *Zamawiającego.*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 kwalifikowany podpis elektroniczny lub podpis zaufany lub podpis osobisty